

出産手当金請求書

きんでん健康保険組合理事長 殿										請求 年月日		年 月 日																							
被 保 険 者 （ 本 人 ） 請 求	被保険者等		記 号 番 号		氏 名		(年 月 日生)				(印)																								
	住 所		(郵便が届くように書いて下さい) 〒 (-)																																
	所属事業所		(会社名) (室・部・支店(社)) (課・所)																																
	出産前に請求するときは出産予定日		年 月 日		出産予定		出生児が 複数のとき		児																										
	出産後に請求するときは出産した日		年 月 日		出 産																														
	出産後に請求するときであって、出産 の日の出産の予定日後であるときは		年 月 日		出産予定																														
	出産のために 休んだ期間		年 月 日 から		年 月 日 まで		日間																												
	委 任 状		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 出産手当金 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者 氏 名 (印)																																
	請求が退職後の場合		支払希望の 銀 行 名		銀行		支店 [普通 No.		]																										
	医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産予定年月日		年 月 日		出産予定		出生児 の 数		単胎・多胎(児)																									
出 産 年 月 日		年 月 日		出 産																															
生産・死産の別		生産・死産 (妊娠 週)																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 年 月 日 医療施設の名称 TEL () 医師・助産師の氏名 (印)																																			
事 業 主 の 証 明	労務に服さなかった期間																																		
	うえの期間中に支給した (支給する)報酬の額		年 月 日 から		年 月 日 まで		日間																												
			支給総額		円		支給日額		円																										
	上記のとおり相違ないことを証明する。 事業所所在地 年 月 日 事業所名称 事業主氏名 (印)																																		
組 合 処 理	支給期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間		常務理事		事務長		係		係		係		資格照合		入力日																		
	前 回 の 支給期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																																
					平均標準報酬月額		円																												
	支給額 の計算		(円 × 2/3 × 日) - (円 × 日) =		円		円																												
			(円 × × 日) - (円 × 日) =		円		円																												
	支給額		円																																
	資格取得日		年 月 日																																
	資格喪失日		年 月 日																																
被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)																																			

